

# **VOMISSEMENTS DU NOUVEAU-NE ET DU NOURRISSON**

**A. DABADIE**

## **OBJECTIFS**

(cf. Objectifs reflux gastro-oesophagien)

1. Citer les causes de vomissements habituels du nourrisson et de l'enfant.
2. Citer les causes de vomissements aigus du nourrisson et de l'enfant.
3. Donner les signes cliniques, biologiques, échographiques et radiographiques de la sténose du pylore.



# VOMISSEMENTS DU NOUVEAU-NE ET DU NOURRISSON

## A - DEFINITION

C'est le rejet actif, par la bouche, de tout ou partie du contenu gastrique par un effort des muscles de la paroi intestinale et du diaphragme.

## B - PHYSIOPATHOLOGIE

### I - GENERALITES

#### a) Son déroulement

C'est la contraction violente des muscles striés thoraciques, abdominaux et du diaphragme bloqué en position basse : c'est le phénomène essentiel, mais il est associé à :

- une fermeture du pylore,
- une hypertonie antrale qui rejette les aliments vers la grande courbure,
- une béance cardiale,
- une hypotonie oesophagienne.

Notons donc que l'estomac ne se contracte pas en dehors de l'antré.

#### b) Son déclenchement

Il est sous la dépendance de deux centres bulbaires, placés dans le plancher du quatrième ventricule :

- un chimiorécepteur,
- un centre moteur.

Le chimiorécepteur est sensible notamment à :

- des médicaments (la Digitaline, la Théophylline, les salicylés),
- les métabolites endogènes (acidose, insuffisance rénale).
- ainsi qu'aux incitations labyrinthiques.

Ce chimiorécepteur excitera le centre moteur.

Le centre moteur sera incité par des influx venant de :

- diencephale, cervelet, cortex,
- chimiorécepteur,
- viscères, essentiellement digestif :
  - . voile du palais, pharynx,
  - . oesophage,
  - . estomac,
  - . intestin,
  - voies biliaires
  - . péritoine.

Toute douleur très vive peut entraîner un vomissement (colique néphrétique).

Ces divers stimuli cheminent par le pneumogastrique et le système sympathique.

## II - PARTICULARITES DU NOURRISSON

### a) Chez le nourrisson, le vomissement est favorisé par :

- l'absorption d'air par le nez, pendant les repas,
- la consistance liquide de ceux-ci,
- le volume gastrique,
- le décubitus.

### b) Il ne faut pas le confondre avec :

- les rejets muco-salivaires d'origine supra-gastrique de l'atrésie oesophagienne,
- le merycisme : qui est une rumination volontaire traduisant un trouble psychologique,
- la régurgitation : peu abondante, elle survient sans effort, s'écoulant au coin de la bouche. La régurgitation qui accompagne le rot après le biberon est physiologique.

## C - CONDUITE DU DIAGNOSTIC

### I - INTERROGATOIRE

#### a) Caractères des vomissements :

- date d'apparition, notion d'intervalle libre, caractère aigu ou chronique,
- horaire, fréquence,
- abondance,
- aspect :
  - blanc : lait non caillé ayant peu séjourné dans l'estomac, lait caillé ayant séjourné plus longtemps,
  - rouge ou noir (sang)
  - vert bilieux : origine post-pylorique et sous-vatérienne.

#### b) Les signes associés :

- syndrome infectieux,
- appétit conservé, accru ou diminué,
- comportement : malaises ou souffrance après la tétée,
- état des selles,
- courbe de poids,

#### c) Le régime :

Il faut noter :

- le mode de préparation,
- la quantité proposée,
- l'apport calorique reçu
- la reconstitution des laits en poudre,
- le nombre de prises,
- la nature des aliments proposés et leur date d'introduction (protéines de lait de vache, gluten),
- modifications diététiques après l'apparition des symptômes.

#### d) Les antécédents de l'enfant

- grossesse,
- accouchement,
- période néonatale,
- développement staturo-pondéral et psychomoteur,
- prise de médicaments (vitamine D, etc...),
- antécédents familiaux (sténose du pylore, IPLV),

## II - EXAMEN CLINIQUE

### **a) Juger du retentissement clinique des vomissements**

- Etat de déshydratation (le plus souvent extracellulaire et hypochlorémique).
- Etat nutritionnel. Infléchissement, voire cassure nette de la courbe pondérale. Amyotrophie. Fonte du pannicule adipeux.
- Retentissement respiratoire (par fausses routes).

### **b) Examen clinique complet à visée étiologique**

- Palpation abdominale. TR.
- Recherche d'un foyer infectieux (ORL,...).
- Examen neurologique (signes d'hypertension intra crânienne).

Les examens complémentaires dépendent de l'orientation étiologique.

## **III - CAUSES DES VOMISSEMENTS. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

### **1 - LES CAUSES ORGANIQUES**

Il existe deux situations schématiques.

Les vomissements sont :

- occasionnels ou aigus,
- habituels ou chroniques.

#### **.a) Les vomissements occasionnels ou aigus**

##### *• Les urgences chirurgicales abdominales*

##### 1° Occlusions néonatales congénitales

- Atrésie et obstructions duodénales ("double bulle" radiologique)
- Atrésies et sténoses du grêle
- Iléus méconial (mucoviscidose)
- Atrésie colique
- Maladie de Hirschsprung

Le diagnostic d'occlusion repose sur la triade vomissements, ballonnement abdominal, retard d'émission du méconium.

Plus l'obstacle est haut, plus le vomissement est "au devant de la scène".

La présence de vomissements verts chez un nouveau-né est en soi hautement suspecte d'occlusion néonatale.

##### 2° Les causes chirurgicales acquises

- Appendicite,
- Péritonite,
- Invagination intestinale aiguë
- Volvulus sur mésentère commun
- Hernie étranglée
- Occlusion sur bride

##### *• Causes médicales*

##### 1° Infection de tout type

- en premier lieu digestive (gastroentérite aiguë virale ou bactérienne).
- souvent également extradigestive
  - méningite
  - infection ORL (otite)
  - Infection urinaire
  - Infection respiratoire (toux émetisante).

##### 2° Trouble métabolique

- Hyperammoniémie
- Insuffisance surrénale aiguë
- Intoxication médicamenteuse
- Intoxication par produits ménagers ou industriels

### 3° Neurologiques

- Hémorragie méningée
- Hématome sous-dural ou traumatisme crânien non compliqué.

## **b) Les vomissements habituels ou chroniques**

### **• Les causes digestives**

#### **a) La sténose du pylore**

- Définition : Leiomyomatose bénigne du muscle pylorique.
- Terrain :
  - Garçon : 8/10
  - 1er né : 1/2
  - Poids de naissance normal voire élevé
  - A terme
  - Caractère familial (hérédité polygénique)
  - Alimenté au lait maternel
- Clinique :
  - *Les vomissements* :
    - début entre 15 et 40 jours
    - Aspect alimentaire, jamais bilieux, parfois hémorragique après plusieurs jours d'évolution.
    - Souvent brutaux, explosifs, post prandiaux précoces au début puis plus tardifs.
  - *Les signes associés* :
    - constipation,
    - ictère à bilirubine libre
    - persistance de l'appétit
- Examen clinique : Recherche de trois signes :
  - clapotage à jeun
  - ondulations péristaltiques
  - olive pylorique de l'épigastre ou de l'hypochondre droit.
- Paraclinique :
  - *Echographie* :
    - Hypertrophie de l'olive pylorique en longueur et en épaisseur
    - Rareté des passages.
  - *Radiographie*
    - ASP :
      - rareté des gaz intestinaux
      - distension gastrique avec grande poche à air
    - TOGD :
      - Flocculation de la baryte dans le liquide de stase
      - Dilatation de l'antra
      - Hyperkinésie inefficace
      - Retard des passages pyloriques
      - Défilé pylorique allongé, rectiligne, filiforme échançant le bulbe.
- Bilan du retentissement biologique

Rechercher :

  - une alcalose hypochlorémique
  - une déshydratation.
- Traitement

Après correction des troubles électrolytiques : pylorotomie extramuqueuse sur la ligne avasculaire (Technique de Fredet).

La réalimentation est rapide : quelques heures après l'intervention.

**b) Le R.G.O** (cf cours)

**c) Plicature gastrique**

- Affection liée à une brièveté anormale du mésocolon transverse qui, plaçant le colon transverse en position haute, amène ce dernier à faire capoter l'antré.
- Clinique: vomissements, douleurs, agitation post prandiale
- Radiologie : Estomac en "cornue" ou en "pipe", aérocolie
- Traitement : Procubitus

• ***Les causes extradigestives***

**a) Neurologiques**

- . hématorne sous-dural
- . tumeur cérébrale

**b) Surréaliennes**

- . insuffisance surrénale par hyperplasie congénitale

**c) Métaboliques**

- . hyperammoniémie (amioacidopathies)
- . hypercalcémie :
  - intoxication à la vitamine D
  - hyperparathyroïdie
- . Intolérance héréditaire au fructose
- . Galactosémie congénitale

**d) Rénales**

- . Néphropathies chroniques
- . Tubulopathies congénitales

**2 LES CAUSES FONCTIONNELLES**

**a) Causes fonctionnelles digestives**

Erreur diététique

- . quantitative : par excès +++
- . qualitative : lait de vache, excès de farine, etc...

**b) Causes fonctionnelles extra-digestives**

1 - Vomissements psychogènes

Deux tableaux cliniques :

- Mérycisme : par contraction du diaphragme volontaire, l'enfant fait revenir dans sa bouche une fraction de son repas qu'il rumine et qu'il rejette ou redéglutit. Ce phénomène se produit lorsque l'enfant se croit seul et est assimilé à une manifestation auto-érotique.
- Vomissements simples, déclenchés par l'introduction du pouce ou des doigts dans le pharynx.

**Causes communes** : perturbations des relations affectives mère- enfant.

## 2 - Vomissements acétonémiques

### Etiologie :

- hypoglycémie transitoire évoluant par crises,
- maladie frappant surtout le garçon à partir de 4 ans, chez un enfant anxieux, émotif, instable.
- maladie disparaissant entre 7 et 9 ans.

### Aspect clinique :

- malaise, anorexie, asthénie, vomissements soudains du matin, abondants, cétonémie, cétonurie, hypoglycémie.

### Traitement :

- de la crise : sucre +++
- de la maladie : petits repas sucrés multipliés au cours de la journée.

## 3 - Mal des transports

## VOMISSEMENTS DU NOUVEAU-NE

CAUSES CHIRURGICALES	CAUSES MEDICALES DIGESTIVES	CAUSES EXTRADIGESTIVES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Occlusion néonatale</u></li> <li>• Atrésie duodénale</li> <li>• Atrésie du grêle</li> <li>• Iléus méconial</li> <li>• Atrésie colique</li> <li>• Hirschsprung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R.G.O</li> <li>• I P L V</li> <li>• Infection</li> <li>• Erreur de régime</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infections               <ul style="list-style-type: none"> <li>- méningite</li> <li>- infection urinaire</li> <li>- etc...</li> </ul> </li> <li>• Neurologiques :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- hémorragie méningée</li> <li>- H S D</li> </ul> </li> <li>• Endocriniennes               <ul style="list-style-type: none"> <li>- hyperplasie congénitale des surrénales</li> </ul> </li> <li>• Métaboliques               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aminoacidopathies</li> <li>- H Calcémie</li> <li>- Intoxication médicamenteuse</li> </ul> </li> <li>• Rénales</li> </ul>

## VOMISSEMENTS DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

URGENCES CHIRURGICALES	CAUSES DIGESTIVES	CAUSES EXTRADIGESTIVES	CAUSES FONCTIONNELLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• I I A</li> <li>• Appendicite</li> <li>• Péritonite</li> <li>• Volvulus</li> <li>• Hernie étranglée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sténose du pylore</li> <li>• R.G.O</li> <li>• I P L V</li> <li>• Infection (GEA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infections</li> <li>• Neulogogiques               <ul style="list-style-type: none"> <li>- H.S.D</li> <li>- tumeur</li> </ul> </li> <li>• Endocriniennes               <ul style="list-style-type: none"> <li>- hyperplasie congénitale</li> </ul> </li> <li>• Métaboliques               <ul style="list-style-type: none"> <li>- hypercalcémie</li> <li>- intoxication</li> </ul> </li> <li>• Rénales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erreur de régime</li> <li>• Vomissements acétoniques</li> <li>• Vomissements psychogènes</li> </ul>